Aus der Chirurgischen Universitäts-Klinik
der Charité zu Berlin.
Direktor: Geh. Med.-Rat Professor Dr. Hildebrand.

Ueber symmetrischen Brand
(Raynaud'sche Gangrän)
nebst einem Beitrage zu seiner Casuistik.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

vorgelegt von

Karl Ludwig Schroeder
aus Wollstein.

Tag der Promotion: 1. November 1920.

Hermann Blanke's Buchdruckerei, Berlin C. 54,
Kleine Rosenthalerstr. 9.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Dekan: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Killian.

Referenten: Professor Dr. Köhler.
Geh. Med.-Rat Professor Dr. Hildebrand.

Auszug.

Die Arbeit berücksichtigt vorwiegend chirurgische Gesichtspunkte. Anführung eines typischen Falles Raynauds selbst, der zum Ausgangspunkt einer kurzen Monographie dient, da er Symptomatologie und Verlauf in klassischer Weise zeigt. Unter Benutzung der Literatur bis 1919 Darstellung der einzelnen Krankheitsstadien, ihrer vasomotorischen, trophischen und sensiblen Störungen; der Prognose, Diagnose, Differentialdiagnose und Therapie; der Aetiologie und Pathogenese der einzelnen Symptome, sowie des ganzen Krankheitsbildes.

Veröffentlichung eines einschlägigen Falles, der manche Besonderheiten (Atypien) aufweist: 30jähriger Arbeiter; früher stets gesund, kein krankhafter Befund an inneren Organen, Nerven- und Gefässsystem. Krankheitsverlauf in zwei Schüben, zwischen denen 3—4jähriges Intervall liegt. Initiale Symptome (l. Fuss): Schmerzparoxysmen ohne lokale Synkope (nur unbedeutende, kurzdauernde lokale Asphyxie!) und trophische Störung in Gestalt eines unguis incarnatus, nach dessen Entfernung (Trauma!) sich trockener Brand der l. grossen Zehe ausbildet (Amputation derselben). Allmählich teilweise Mumifizierung der anderen l. Zehen, die eines Tages im Verband hängen blieben. Im Verlauf des zweiten Krankheitsschubes stärkeres Hervortreten der vasomotorischen Erscheinungen. An der rechten grossen Zehe bildet sich ebenfalls trockener Brand aus, der zur Amputation Veranlassung gibt, hierbei für morbus Raynaud charakteristisch: geringe Blutung intra operationem. Die anderen r. Zehen blieben frei von Gangrän, zeigten nur ausgesprochene lokale Asphyxie.

Die Symmetrie war also von vornherein keine vollkommene (Intervall!).

Das Ergebnis der Arbeit ist kurz zusammengefasst, wie folgt:

Diagnose bisweilen schwierig; im Zweifelsfalle vor allem an Lues denken!

Bei gangrändrohender lokaler Asphyxie verdient Heissluftbehandlung vor dem Noesskeschen Verfahren den Vorzug. Neben symptomatischer ist Allgemeinbehandlung, sowie Prophylaxe (gegen Nässe und Kälte) wichtig. Morbus Raynaud ist kein Syndrom, sondern durchaus eine Krankheit sui generis.

Die Symmetrie deutet nicht absolut auf centralen Sitz der Erkrankung.

Hinsichtlich der Pathogenese der vasomotorischen Erscheinungen genügt sehr wohl Annahme einer Angioneurose, die aber nicht für Deutung der Gangrän ausreicht. Als Ergänzung kann die Anschauung hinreichen, die chemische Arbeit der Zellen, besonders die Fortschaffung beim Stoffwechsel gebildeter Gifte (ein Vorgang, für den eine gewisse nervöse Funktion anerkannt werden darf) sei gestört, sodass die Wirkung schädlicher anderer Momente verstärkt, mitunter erst ermöglicht werde (O. Lubarsch). Bei gewissen endokrinen Störungen beobachtete vasomotorische und trophische Erscheinungen sowie Kombination von endokrinen Erkrankungen mit der symmetrischen Gangrän scheinen der Pathogenese dieser Krankheit eine gewisse einheitliche Grundlage zu geben. Zum Zustandekommen der Erscheinungen müssen aber noch Schädlichkeiten verschiedener Art und gewisse individuelle Dispositionen zusammentreffen. Eine Korrelation dieser Faktoren, die auch den intermittierenden Charakter und das seltene Auftreten der Krankheit erklären könnte, anzunehmen, liegt nahe.